

LE CANCER DE L'APEX
A PROPOS DE 25 CAS OBSERVÉS A ALGER
DE 1966 A 1973

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE NOVEMBRE 1974

par

AMALOU Rachid
Né le 11 Février 1949 à TIZI-OUZOU

MEMBRES DU JURY

MM. D. LARBAOUI	Professeur de Pneumophtisiologie	} Président
B. OULD ROUIS	Professeur de Maladies infectieuses	} Juges
N. OUSSEDIK	Maître de conférences Agrégé de Pneumophtisiologie	
A. LAZIB	Maître Assistant de Pneumophtisiologie	

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNEE 1973 — N°

LE CANCER DE L'APEX
A PROPOS DE 25 CAS OBSERVÉS A ALGER
DE 1966 A 1973

THÈSE
Digitized by the Internet Archive
in 2026

PRÉSENTÉE ET DÉFENDUE PAR M. MOHAMMED EL MOUENENT

AMRIOU Rachid
Médecin Interne à l'Hôpital de l'Université d'Alger

M. D. LAROUSSI Professeur de Pathologie

Président

M. PAUL ROUS Professeur de Médecine Interne

M. ELISSAÏE Membre de l'enseignement de l'Université d'Alger

Juré

https://archive.org/details/IA41548212_0014



UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNEE 1974 — N°

LE CANCER DE L'APEX
A PROPOS DE 25 CAS OBSERVÉS A ALGER
DE 1966 A 1973

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE NOVEMBRE 1974

par

AMALOU Rachid

Né le 11 Février 1949 à TIZI-OUZOU

MEMBRES DU JURY

MM. D. LARBAOUI	Professeur de Pneumophtisiologie	} Président
B. OULD ROUIS	Professeur de Maladies infectieuses	
N. OUSSEDIK	Maître de conférences Agrégé de Pneumophtisiologie	} Juges
A. LAZIB	Maître Assistant de Pneumophtisiologie	

- S E R M E N T D ' H I P P O C R A T E -

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d' HIPPocrATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'Indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'Intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'Instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.-

Je dedie cette thèse :

A mon père, à ma mère dont je n'oublierai jamais les sacrifices qu'ils ont consentis, afin que je poursuive mes études.

Ils trouveront ici, un faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

Je dédie cette thèse :

A mes frères, et soeurs, RAMDANE en particulier,
qui n'a ménagé ni son temps ni ses encouragements en des
moments difficiles, afin que je persévère dans mes études.

A mes beaux frères, et belles soeurs, et neveux,
en particulier KHALED pour son aide précieuse.

A tous les miens.

A tous mes amis, et mes camarades de promotion en particulier ALBANE Ahmed .

ALI BEY Smaïne

LAZRI Salem

NOUAR Mohand Saïd

A Monsieur DJEDOU Mahmoud pour sa collaboration.

A notre Maître et Président de thèse, Monsieur le
Professeur D. LARBAOUI :

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse
nous le prions de trouver ici l'expression de notre profon-
de reconnaissance et tout notre respect, tant pour la déli-
cate attention qu'il a eue à notre égard, lors de notre
stage dans son service, qu'en ce qui concerne l'enseigne-
ment qu'il nous a dispensé à l'Université avec une clarté
et une précision remarquable.

A Monsieur le Professeur Agrégé B. OULD ROUIS.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury.

Nous vous remercions pour la gentillesse avec laquelle vous nous avez accueillis à l'Université et au cours de nos stages.

Veuillez trouver ici, l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé M. OUSSEDIK.

Vous nous avez fait l'honneur de juger notre travail.

Nous vous en remercions et nous vous assurons de notre entier dévouement.

A Monsieur le Docteur A. LAZIB .

A qui nous adressons nos plus vifs remerciements
en reconnaissance de l'aide efficace qu'il a voulu nous ap-
porter lors de la préparation de cette thèse.

A nos Maîtres de la Faculté

A nos Maîtres des Hôpitaux : en particulier :

Le Professeur KHATI

Le Professeur MOSTEFAI

En témoignage de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont donné.

A tout le personnel médical de la CLINIQUE PNEUMOPHTISIOLOGIQUE B DE L'HOPITAL ISSAD HASSANI DE BENI-MESSOUS.

A tout le personnel Para-médical de la même clinique .

A tout le personnel de l'Hôpital ISSAD HASSANI DE BENI-MESSOUS.

-oOo- 77 N T R O D U C T I O N -oOo-

Le cancer de l'Apex est réalisé par la localisation au niveau du dôme pleural, dans la fossette sus et retro-pleurale de Sebillan, d'une tumeur bronchopulmonaire maligne.

Cette localisation particulière du carcinome bronchique entraîne une symptomatologie spécifique, résumée par le syndrome de PANCOAST ET TOBIAS.

Nous devons à la vérité de préciser que ce syndrome peut aussi être réalisé par tout autre processus pathologique de même siège. C'est ainsi que certaines tumeurs bénignes postérieures ont pu par pachypleurite apicale, donner naissance à d'authentiques syndromes de PANCOAST ET TOBIAS.

Toutefois les manifestations de ce curieux syndrome demeurent rarissimes en dehors du carcinome bronchique apical, qui à lui seul résume l'étiologie du syndrome.

En se référant à la bibliographie consacrée au sujet, l'on s'aperçoit que les localisations apexiennes, du carcinome bronchique primitif avec syndrome de PANCOAST ET TOBIAS sont relativement peu étudiées par

rapport aux autres localisations de la néoplasie bronchique .

C'est cette relative rareté de l'affection, qui a motivé notre intérêt pour cette étude.

-oOo-

H I S T O R I Q U E

-oOo-

2.1 - ETUDES ANCIENNES

MAC DONNEL rapporte en 1850 les premières manifestations du cancer de l'Apex, puis BEHIER en 1867 et MUSELIER en 1886, en publient des observations cliniques succinctes.

FREEMAN en 1921 confirme et précise cet aspect particulier.

Il faut attendre 1924 pour que H. PANCOAST (18) électroradiologiste de Philadelphie, en réunissant quatre observations, donne du syndrome qui désormais portera son nom, une description quasi-complète. Toutefois il n'affirme en aucune manière, la nature néoplasique de ces lésions.

En 1931, J.W. TOBIAS (21) à BUENOS-AIRES, dans sa thèse de professorat, publie, alors la première étude d'ensemble de ce qu'il a dénommé le syndrome apico-costovertébral douloureux par tumeur Apéxienne.

A la suite de ces travaux princeps de PANCOAST ET TOBIAS, de nombreuses observations sont rapportées par petites séries.

Devant la rareté de l'affection, L.A. TEYSSIER (20) en 1942 dans sa thèse inaugurale réunit 88 observations publiées dans le monde à cette date.

En 1951, HERBUT et WATSON (12) rapportent 151 cas mondiaux dont 11 personnels.

2.2. ETUDES RECENTES

En 1956, BALMES ET THEVENET (1) colligent 200 cas mondiaux.

En Novembre 1963, LAVAL et Collaborateurs (16) font une mise au point des cancers de l'Apex, et, insistent sur les méthodes thérapeutiques modernes opposées à ces tumeurs. En outre, ils insistent sur la rareté de l'affection puisque sur 1000 cancers bronchiques primitifs, ils ne comptent que 38 localisations apicales.

LAMY, ANTHONIE (13): rapportent en 1963, 9 nouveaux cas.

BARIETY (3) sur 250 cas de cancers bronchiques relève 3 cancers de l'Apex en 1965.

2.3 - ETUDES FAITES AU MAGHREB ET EN ALGERIE.

Parmi les études faites en ALGERIE et au MAGHREB, P. CHAULET et Collaborateurs (8) rapportent en 1964 un cas de cancer apical avec syndrome de dysacromélie gynécomastie.

En 1966, D. LARBAOUI et Collaborateurs (14) posent dans le cadre des opacités rondes intrapulmonaire les

Indications, l'Intérêt et les limites de la ponction biopsie pulmonaire trans-pariétale à l'aiguille, dans le diagnostic cytologique de l'affection causale.

En 1966, BENKHELLIL {5} dans sa thèse Inaugurale retrouve 8 cancers de l'Apex sur 100 cas de cancers bronchiques primitifs.

En 1970, N. HADDAD et A. ZAIM {11} rapportent quelques cas de tumeurs pariétales pulmonaires et de syndrome de PANCOAST ET TOBIAS.

En 1974, A. LAZIB et Collaborateurs {17} en ont rapportés les 25 cas qui font l'objet de ce travail, dans une étude préliminaire.

Ainsi, il s'agit d'un syndrome rare, dont l'Intérêt demeure d'actualité .

Le nombre peu élevé des cas publiés, l'étroitesse des séries rapportées, font que nous avons pensé être utile de rapporter 25 cas de syndrome de PANCOAST ET TOBIAS, observés à la CLINIQUE PNEUMOPHTISIOLOGIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER de 1966 à 1971 puis à la CLINIQUE PNEUMOPHTISIOLOGIQUE B de cette même Faculté jusqu'à 1973.

-oOo- 3° - MATERIEL ET METHODE D'ETUDE -oOo-

3.1 - MATERIEL

Notre étude a porté sur les malades hospitalisés du 1^{er} Janvier 1966 au 30 Août 1971, à la CLINIQUE PNEUMOPHTISIOLOGIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER, puis sur ceux admis du 1.9. au 31.12.73 à la CLINIQUE PNEUMOPHTISIOLOGIQUE B de la même Faculté.

Pendant ces 8 ans, sur 219 dossiers étiquetés carcinomes bronchiques 107 ont été confirmés par l'étude histologique ou cytologique.

De ces 107 dossiers, nous avons pu extraire 21 cas de cancer de l'Apex, auxquels nous avons associé quatre autres observations absolument typiques retrouvées dans l'ensemble des 219 dossiers.

C'est le résultat de l'étude de ces 25 cas de cancer de l'Apex avec syndrome de PANCOAST ET TOBIAS que nous rapportons ici .

3.2 - METHODES

Pour synthétiser notre travail et faciliter la collecte de renseignements aussi précis que possible, une fiche de dépouillement des dossiers a été préalablement établie sur des données théoriques (TABLEAU I).

TABLEAU I - FICHE DE DEPOUILLEMENT

TUMEUR DE L'APEX

ANNEE

FICHE n°

NOM

Prénom

Age

Sexe

n° Dossier

ADRESSE

Profession

Assuré S. Année en jours

NON

ASSURÉ d'hospitalisation

Antécédents pathologiques

Antécédents tabagiques, fumeur non fumeur
cigarettes/Jour
depuis..... annéesCirconstances de
découvertesAmaigrissement kgs! Altération E.G. OUI-NON! T°
pas d'amaigrissement! Douleur: OUI-NON! Toux OUI-NON
expectoration OUI-NON! Type: O. Syst. OUI-NON

Mode de début: Progressif - brutal

Observations

S. Cliniques
l'examen

S.G. ! P ! T° ! TAILLE ! Cyanose autres: gg, tumefaction etc.

à
l'hôpital

S.F. Respirat.

S. Associés C.B. Horner OUI! Compression OUI! Gros bras! Pelerine
NON! NON! OUI-NON ! OUI-NONSignes
Radiologi
quesLocalisation Sommet! Lyse osseuse ! Autres images
dt, gche ! OUI-NON !
gg médiast. OUI-NON !

Biologie

Noter les signes
importants

Broncho

macroscopie

Aspiration
Cel. Malignes
pas de cel.Biopsie OUI-NON
Résultat:

Miste Dc

non fait, fait décrire

Métastase

non connue, connue: décrire

Traitement

Palliatif

Chirur. Rax

Résultats

Evolution

Extension
locale

Extension à distance

complications

Décès

décès connu: à l'hôpital

non connu

à domicile, survie en jours à partir du dia-
gnostic

OBSERVATIONS:

Si observations au verso
cocher ici ☐

Cette fiche tente de regrouper par rubriques homogènes les différents aspects de la riche symptomatologie du syndrome de PANCOAST ET TOBIAS.

De plus, des données anatomo-pathologiques, radiologiques, évolutives thérapeutiques y ont été adjointes.

L'étude systématique des dossiers de nos 25 patients à l'aide de cette fiche préalable, a permis ainsi de dresser un profil du cancer de l'Apex à ALGER.

-oOo- 4. R E S U L T A T S -oOo-

Nous présenterons les résultats du dépouillement des 25 dossiers sous 9 rubriques :

1. AGE ET SEXE DES MALADES.
2. ANTECEDENTS.
3. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE
4. SIGNES CLINIQUES
5. SIGNES RADIOLOGIQUES
6. EXPLORATIONS BIOLOGIQUES
7. MOYENS DE DIAGNOSTIC
8. CONCLUSION DE L'ETUDE ANALYTIQUE
9. TRAITEMENT.

4.1. - AGE ET SEXE DES MALADES.

4.1.1. - L'AGE

Chez 20 des malades (80%) l'âge se répartit entre 40 et 70 ans (Tableau II).

Cette constatation n'est pas pour étonner, puisqu'elle confirme la tranche d'âge habituelle du carcinome bronchique primitif.

Cependant il faut signaler que 3 malades (12%) ont entre 31 et 40 ans (36 ans et 2 à 40 ans) et 1 à 79 ans (4%), le plus jeune malade avait 36 ans.

TABLEAU II
REPARTITION SELON L'AGE

A G E	H O M M E	F E M M E	TOTAL
31 à 40	3	0	3
41 à 50 ans	5	0	5
51 à 60 ans	8	0	8
61 à 70 ans	7	1	8
+ 70 ans	1	0	1

Dans sa série, LAVAL et Collaborateurs, retrouvent une réelle prédominance entre 50 et 70 ans. Leurs 38 cas se répartissent ainsi selon l'âge :

- 9 cas entre 30 et 50 ans.
- 24 cas entre 50 et 70 ans.
- 5 cas entre 70 et 80 ans.

BENKHELLIL, dans sa thèse en 1968 sur les carcinomes bronchiques primitifs sur 3 cas de **cancer** de l'Apex, il en retrouve 5 dont l'âge varie de 50 à 70 ans.

4.1.2 REPARTITION SELON LE SEXE.

Une seule malade sur 25 était une femme. Les 24 autres malades sont des hommes (Tableau III). Ici aucune particularité n'est à signaler, car il faut rappeler que le carcinome bronchique reste l'apanage de l'homme particulièrement en ALGERIE où les femmes fument peu ou pas du tout.

TABLEAU III

REPARTITION SELON LE SEXE

<u>SEX</u>	<u>NOMBRE DE MALADES</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Masculin	24	96 %
Féminin	1	4 %

LAVAL sur 38 cas a noté aussi une prédominance très nette de l'homme : 36 hommes pour 2 femmes .

BENKHELLIL, sur 8 cas, ne retrouve que des hommes .

4.2 LES ANTECEDENTS

1.2.1 - Les antécédents professionnels :

Les professions exposantes sont classiquement recherchées en matière de carcinome bronchique.

Dans notre étude, l'étude de la profession présente un intérêt moindre, car le nombre de malade est peu élevé.

3 rubriques regroupent la notion de profession. (Tableau IV). On retrouve :

- 11 Fonctionnaires.
- 3 fonctions libérales.
- 11 malades sans profession (en fait il s'agit d'ouvrier journalier pour la plupart des ouvriers agricoles).

Le milieu aisé prédomine avec comme corollaire les attributs habituels d'une certaine façon de vivre (tabac, sédentarisme, alcool,) tous facteurs favorisants.

TABLEAU IV
LES NOTIONS PROFESSIONNELLES.

<u>FONCTIONNAIRES</u>	<u>LIBERALE</u>	<u>SANS PROFESSION</u>
11	3	11

4.2.2 - les antécédents tabagiques :

3 rubriques parmi les antécédents tabagiques retiendront notre attention :

- existence ou non du tabagisme.
- quantité de tabac utilisée par jour
- durée de l'habitude tabagique.

4.2.2.1.- Existence du tabagisme :(tableau V)

Parmi les malades : - 19, (76%) étaient fumeurs
- 1, (4%) non fumeur.
- 5, (20%) indéterminés
(les habitudes tabagiques n'ont pas été mentionnées).

LAVAL sur 38 cas a retrouvé 18 fumeurs (47,3%).

TABLEAU V

TABAGISME

	NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
Fumeur	19	76 %
Non fumeur	1	4 %
indéterminé	5	20%

4.2.2.2. - Quantité de tabac journalière (tableau VI)

Parmi les 19 fumeurs, la majeure partie 14/19

(73,68 %) fument 20 ou plus de cigarettes par jour dont 3 fument 40 cigarettes par jour et un autre malade fume 60 cigarettes par jour.

- 4 malades fument 10 cigarettes par jour et pour un malade la quantité journalière n'a pas été mentionnée.

Le fait de fumer 20 cigarettes semble amener le risque cancérigène à son niveau optima, le fait d'en fumer plus n'élève pas ce taux de façon très démonstrative.

TABLEAU VI

QUANTITE DE TABAC

NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR	NOMBRE DE FUMEUR	POURCENTAGE
10 cigarettes	4	21,05 %
20 cigarettes	9	47,36 %
21 à 30 cigarettes	3	15,78 %
+ de 40 cigarettes	1	5,27 %
indéterminé	1	5,27 %

4.2.2.3. - Durée de tabagisme :

La plupart des malades fumeurs ont fumé depuis plus de 20 ans (12/19) soit 63,15% (Tableau VII). Cependant 6 malades n'ont pas mentionné la durée de leur tabagisme (31,5 %) et on remarque qu'un seul fumeur

à fumé pendant une durée de 6 ans.

TABLEAU VII

DUREE DU TABAGISME.

DUREE	NOMBRE DE FUMEURS	POURCENTAGE
moins de 10 ans	1	5,26%
20 à 30 ans	10	52,63%
31 à 40 ans	1	5,26%
41 à 50 ans	1	5,26%
indéterminé	6	31,57%

Si on se rapporte à l'âge moyen d'observation du cancer (c'est-à-dire entre 40 et 70 ans) et, si on tient compte que 12 malades fumeurs sur 19 ont fumé depuis 20 ans au moins, on remarque qu'une période de 15 à 20 ans d'imprégnation tabagique semble suffisante pour engendrer le risque carcinogène.

4.2.3. - Les antécédents pathologiques

Bien qu'il soit habituel d'incriminer le poumon malade pour en faire le lit du cancer seuls 3 malades (12%) sur 25 ont présenté des antécédents pulmonaires notables (tableau VIII).

.../...

- Parmi ces malades : l'un fut hospitalisé en Septembre 1966 pour tuberculose pulmonaire et réhospitalisé en Novembre 1966 pour cancer de l'Apex. Cette tuberculose présente une localisation de voisinage de type infiltrat micronodulaire du champ pulmonaire gauche avec opacité néoplasique du sommet gauche.

- Un autre malade a présenté des hémoptysies en 1968 qui ont regressé sous traitement symptomatique et le cancer fut découvert en 1970.

- Un autre malade a été hospitalisé au début de 1966 pour pneumopathie droite. Son cancer a été diagnostiqué quelques mois parès.

- 15 (60%) de nos malades étaient vierges de tout antécédent pathologique.

- 7 (28%) ont présenté des antécédents sans aucun rapport avec une atteinte pulmonaire : on retrouve :

- 1 cas de typhus datant de 1927.
- Une blessure abdominale contractée lors de la guerre de libération.
- Une appendicite (1945)
- Une cataracte
- Une lithiase vesiculaire.
- des troubles psychiques qui ont nécessité un an d'hospitalisation.

TALBEAU VIII

ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES

LES ANTECEDENTS	NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
Nuls	15	60 %
Pulmonaire Tuberculeux	1	4 %
Pulmonaire non tuberculeux.....	2	8 %
Extra pulmonaire	7	28 %

LAVAL a relevé 3 traumatismes thoraciques dans sa série de 38 malades qui ne semblent pas avoir de rapport avec la localisation apicale du cancer .

Nous n'avons relevé aucun antécédent traumatique.

En conséquence, seuls 3 de nos malades ont présenté des antécédents pathologiques à localisation pulmonaire. Donc il ne semble pas que le cancer de l'Apex ait une affinité particulière pour le poumon malade bien au contraire.

Au total, il semble à la faveur de ces premiers éléments que le cancer de l'Apex observé chez 25 malades à ALGER, et réalisant un syndrome de PANCOAST

ET TOBIAS, survient chez un homme de 45 à 70 ans, fumant un paquet de cigarettes par jour depuis 20 ans au moins.

4.3. CIRCONSTANCES DE DECOUVERTES

4.3.1 - Mode de découverte :

Chez 24 malades, l'affection a été reconnue en raison de symptômes respiratoires. Seul un cas est de découverte fortuite.

C'est là un signe de haute gravité car les symptômes signalent déjà, compte tenu du siège de la tumeur, un degré évolutif avancé.

En effet, compte tenu du siège de la tumeur qui en fait une affection longtemps silencieuse, les signes fonctionnels, dont la douleur est le maître symptôme ou les signes d'emprunts, n'apparaissent que lors d'un stade avancé de l'évolution, excluant généralement la possibilité de toute ressource thérapeutique chirurgicale efficace.

4.3.2. - Mode de début

Le mode de début est progressif 20/25 (80%) dans la majeure partie des cas. Il a souvent été facile de retrouver dans les antécédents des malades des signes d'appel remontant à plusieurs mois, qui ont été négligés souvent par le malade et même parfois par le médecin.

Le mode de début a été brutal dans 5 cas sur 25 (20%)

..../...

4.4 .- SIGNES CLINIQUES.

Quels sont les signes cliniques les plus fréquemment retrouvés et qui doivent attirer l'attention ?

4.4.1 - Signes généraux.

4.4.1.1. - L'amaigrissement et l'altération de l'état général : sont quasi constants .

Dans 14 cas (56%) le degré de l'amaigrissement a pu être précisé (tableau IX).

2 malades ont maigri de 1 à 5 kilogrammes.

8 malades ont maigri de 6 à 10 kilogrammes et 4 de plus de 10 kilogrammes.

Dans 11 cas (44%) l'importance de l'amaigrissement n'a pu être précisé.

TABEAU IX

<u>AMAIGRISSEMENT</u>		
<u>AMAIGRISSEMENT</u>	<u>NOMBRE DE MALADE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
1 à 5 kilogrammes	2	8 %
6 à 10 Kilogrammes	8	32 %
+ 10 Kilogrammes	4	16 %
indéterminé	11	44 %

4.4.1.2. - L'asthénie et l'anorexie : sont signalées par tous nos malades (100%)(Tableau X).

.../....

TABLEAU X

AUTRES SIGNES GENERAUX.

<u>SIGNES GENERAUX</u>	<u>NOMBRE MALADE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Altération de l'état général..	25	100 %
Asténie et anorexie.....	25	100 %
Fièvre	10	40 %

Chez 10 malades on a noté un syndrome de fébrile (Tableau X. Parmi ces 10 syndromes fébriles, dans 5 cas (20%) la température est comprise entre 37,6 et 38°; et les 5 autres malades la température est supérieure à 38°1. Ce dernier groupe de malade concorde avec le groupe de malade ayant un début brutal (5 cas).

Cependant il faut noter que la plupart de nos malade étaient apyrétiques (52%); chez 2 malades la température n'a pas été mentionnée.

4.4.2.- Signes fonctionnels

4.4.2.1- La toux : est retrouvé chez 14 de nos patients soit 56 % (Tableau XI). Cette toux traduit un signe banal : l'irritation bronchique du fumeur.

4.4.2.2.- L'expectoration : doit attirer l'attention et être correctement explorée (Tableau XI).

Dans notre étude nous avons retrouvé 13 patients présentant une expectoration (52 %).

Cette expectoration est :

- hémoptoïque dans 6 cas (46,15%).
- purulente, 6 fois, (15,38 %).
- muqueuse, 3 fois, (23,09 %).
- indéterminée, 2 fois, (15,38 %).

LAVAL a retrouvé 5 cas d'hémoptysie, chez 38 malades.

Pour HERBUT 6 cas sur 151 ont présenté des hémoptysies. Cependant il faut noter que 11 malades n'ont pas présenté d'expectoration.

4.4.2.3.- La douleur: a été retrouvée dans 22 cas (98 %) (Tableau XI).

Cette douleur est :

- thoracique dans 7 cas (31,81%)
- cervico brachiale 7 cas (31,81%).
- mixte dans 8 cas (36,38 %).

.../...

TABLEAU XI
SIGNES FONCTIONNELS

SIGNES FONCTIONNELS		NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
Toux		14	56 %
Expectoration	hémoptoïque : 6	13	52 %
	purulente : 2		
	muqueuse : 3		
	autre : 2		
Douleur	thoracique : 7	22	88 %
	cervico brachiale : 7		
	mixte : 8		

L'examen du malade permet de retrouver souvent une symptomatologie physique riche et souvent bruyante.

4.4.3. Signes physiques

4.4.3.1. - La cyanose : n'est retrouvée que 4 malades (16%).

Nous avons retrouvé 11 malades soit (44%) présentant une dyspnée.

HERBUT sur 151 cas l'a retrouvée 30 fois.

Ces deux signes peuvent traduire une compression trachéobronchique.

.../...

4.4.3.2.- L'hypocratisme digital: est observé chez 8 malades soit 32 %.

4.4.3.3.- Le syndrome de CLAUDE BERNARD HORNER: est présent chez 12 malades (48%).

LAVAL, sur 38 cas, a retrouvé 16 malades présentant un syndrome de CLAUDE BERNARD HORNER soit 42 %.

BENKHELLIL sur 8 cas ne retrouve que 4 malades porteurs de CLAUDE BERNARD HORNER.

HERBUT sur 151 cas a retrouvé 133 signes de CLAUDE BERNARD HORNER soit 87,4%.

4.4.3.4. Les signes de compression veineuse: ne sont retrouvés que 4 fois (16%) avec extension au bras (3 fois) et oedème en bellerine (2 fois).

HERBUT a retrouvé 20 oedèmes du bras.

BENKHELLIL : 3 oedèmes du bras dans sa série.

Toujours dans la série des signes physiques, l'examen du malade permet de retrouver certains signes évocateurs de l'extension lésionnelle.

4.4.3.5.- Autres signes d'extensions lésionnelles: - les adénopathies locorégionales (cervicales homo-latérales , sus claviculaire) furent observées chez 7 de nos malades (28%).

- LAVAL dans sa série a retrouvé que 26,5 %.
- BENKHELLIL n'a retrouvé que 37,5%.
- Les tuméfactions sus-claviculaires ont été perçues à 2 reprises seulement, mais ceci est un signe tardif (8%).
- HERBUT sur 151 cas a retrouvé 74 tumeurs sus-claviculaires (49%).
- 4 métastases à distance (os, cutanée, ganglions inguinaux.) sont retrouvées dans notre série.

TABLEAU XII

SIGNES PHYSIQUES

SIGNES PHYSIQUES	NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
Adénopathie	7	28 %
Cyanose	4	16 %
Dyspnée	11	44 %
Hippocratisme digitale	8	32 %
Tumeur pariétale	2	8 %
CLAUDE BERNARD HORNER	12	48 %
Compression veineuse	4	16 %
Gros bras	3	12 %
Pellerine	2	8 %

4.5.- SIGNES RADIOLOGIQUES.

S'agissant d'un syndrome radioclinique, ces signes radiologiques occupent une place de choix.

4.5.1 - Localisation.

Toutes les tumeurs siègent à l'Apex :

- 12 à droite (48%)
- 13 à gauche (52%).

Il n'existe donc pas de prédominance topographique particulière, cependant il faut signaler la gravité théorique de la localisation gauche car l'extension si elle se fait aurait anatomiquement plus de chances d'atteindre le poumon droit par voie lymphatique. En fait, cette constatation n'a pas été faite dans notre série ou dans celles que nous avons compulsé dans la littérature.

4.5.2. Lyse osseuse :

Plus conforme à la description princens, sont les signes radiologiques indirects et parmi eux, la lyse osseuse. Dans notre série elle est retrouvée dans 12 cas (48%) (tableau XIII).

LAVAL sur 38 cas : 36,8% de lyse osseuse.

BENKHELLIL sur 8 cas : 37,5% de lyse osseuse.

Parmi les lyses osseuses, les 3 premières côtes sont les plus touchées.

- 3 lyses de la première côte.
- 4 lyses de la deuxième côte.
- 3 lyses de la troisième côte.

Ce pendant dans notre étude nous avons retrouvé une lyse de la 4^e côte et même de la cinquième côte.

Ces lyses sont toujours de siège postérieur (arcs postérieur des côtes.)

Dans nos cas nous n'avons pas retrouvé de lyse vertébrale.

TABEAU XIII

LYSE OSSEUSE.

LYSE OSSEUSE	NOMBRE	POURCENTAGE
1ère Côte	3	25 %
2ème Côte	4	33,33 %
3ème Côte	3	25 %
4ème Côte	1	8,33 %
5ème Côte	1	8,33 %
TOTAL.....	12	48 %

A ces lyses osseuses d'autres lésions radiologiques ont pu être objectivées par l'exploration radiologique.

4.4.5. 3.- Autres images :

Parmi ces images radiologiques, une est de fréquence importante et de haute gravité : c'est la présence de ganglions médiastinaux retrouvés 16 fois dans notre série soit 64 % (Tableau XIV).

Ces images constituent en fait une symptomatologie radiologique d'appoint qui témoignent de l'extension tumorale.

TABLEAU XIV
AUTRES IMAGES RADIOLOGIQUES

<u>I M A G E S</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Ganglions médiastinaux	16	64 %
Pleurésies	3	
2 à droite		
1 à gauche		
Infiltration réticulaire du poumon droit	2	
Opacité infiltrative du sommet gauche	1	36 %
Opacité para hilare droite	1	
Lacher de ballon bilatéral	1	
Amputation du L.S.D.	1	
Paralysie phrénique	1	
Attraction trachéale	1	

4.6. - EXPLORATIONS BIOLOGIQUES.

4.6.1.- L'intra-dermo-réaction : a été faite chez 22 malades (Tableau XV). 17 étaient supérieures à 6 mm (c'est-à-dire positives). Ce pendant 5 IDR étaient négatives.

4.6.2.- Examen bactériologique des crachats :
On n'a jamais retrouvé de bacille de Koch dans les examens de crachats, pratiqués au moins 3 fois chez tous nos malades.

A deux reprises on a mis en évidence du pneumocoque de type III dans les crachats des malades.

4.6.3.- Les autres examens : Parmi les hémogrammes, qui ont été faits : tous les malades (Tableau XV), nous avons retenu que 7 anémies (le nombre de globules rouges était inférieur à 3,5 millions) et une seule leucopénie (le nombre de globules blancs inférieur à 4000).

4.6.4.- Les explorations fonctionnelles : 4 seulement ont pu être faites chez nos malades : on note :

- 3 syndromes restrictifs.
- 1 syndrome mixte.

.../...

TABLEAU XV
EXAMENS BIOLOGIQUES

E X A M E N S		NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
I.D.R.	0 à 5 mm	5	20 %
	+ 6 mm	17	68 %
B.K.	Positif	0	
	Négatif	25	100 %
F.M.S.	Anémie	7	28 %
	Leucopénie	1	4 %
Germes Banaux	Positif	2	8 %
	Négatif	0	

4.7 MOYENS DE DIAGNOSTIC

Si le diagnostic radioclinique est fait à ce stade la nature carcinomateuse est à démontrer.

Lorsque cela est possible, la bronchoscopie est le premier moyen utilisé.

4.7.1 - Bronchoscopie :

La bronchoscopie a été pratiquée chez 12 malades (48%) (tableau XVI). Elle était normale chez 2 patients.

- 3 fois seulement elle a montré des images particulières d'une tumeur généralement évoluée :

- Oedème important
- bourgeon muriforme
- aspect d'infiltration murale.

- Sept fois , il s'agit de signes indirects de forte présomption :

- 6 cas de compression extrinsèque.
- 1 cas de sténose bronchique (bronche lobaire supérieure gauche).

- 13 fois (52%) la bronchoscopie n'a pas pu être faite du fait de l'état général du malade déficient et parfois du refus du patient.

- Cependant il faut rappeler que dans ces cas de tumeur de l'Apex, comme l'a signalé LAVAL, la bronchoscopie ne réalise pas un moyen de diagnostic très utile, car il s'agit de tumeurs périphériques inaccessibles à la vision directe à la bronchoscopie mais pour certaines d'entre elles accessibles à la fibroscopie dont il faudrait pouvoir disposer systématiquement.

TABLEAU XVI
NATURE DES LÉSIONS BRONCHIQUES

NATURE DES LÉSIONS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Normale	2	8 %
Compression extrinsèque	6	24 %
Sténose bronchique	1	4 %
Images particulières	3	12 %

Plus intéressante sont les méthodes qui ont permis le diagnostic de certitude.

4.7.2.- Autres méthodes :

4 fois seulement le syndrome de PANCOAST ET TOBIAS est pour nous radioclinique sans confirmation histologique. Dans tous les autres cas 21 sur 25 soit 84 % le diagnostic anatomopathologique ou cytologique a été porté.

4.7.2.1 - La biopsie périphérique: est une méthode certainement recommandable lorsqu'elle est possible (ponction trans-pariétale, biopsie ganglionnaire).

4.7.2.1.1- La ponction trans-pariétale: semble être la méthode la plus sûre et la plus employée. Dans notre série de 25 malades, elle a été faite 12 fois avec

succès dans 48 % des cas.

LAVALL dans sa série de 38 malades l'a pratiquée 6 fois avec 4 résultats positifs.

BENKHELLIL dans sa série de 8 malades l'a pratiquée 5 fois avec 4 résultats positifs.

4.7.2.1.2.- La biopsie d'une métastase cutanée: a été pratiquée 1 seule fois avec succès.

4.7.2.1.3 - La biopsie ganglionnaire : a permis de porter le diagnostic chez 3 de nos malades chez lesquels elle a pu être pratiquée.

4.7.2.2.- L'aspiration bronchique : en vue du cytodagnostic, n'a permis de porter le diagnostic que dans un seul cas. 10 fois l'aspiration a été négative.

4.7.2.3 - La ponction pleurale: a confirmé le diagnostic chez 2 des malades, chez lesquels un épanchement pleural était associé.

Chez un de nos malades, décédé avant tout diagnostic, une biopsie post-mortem a confirmé la nature néoplasique de la tumeur.

.... /

....

TABLEAU XVII

METHODES DIAGNOSTIQUES DE CERTITUDE

PRELEVEMENT	NOMBRE DE CAS	DIAGNOSTIC POSITIF	DIAGNOSTIC NEGATIF
Ponction transpariétale	12	12	0
Aspiration bronchique	11	1	10
Ponction pleurale	2	2	0
Biopsie ganglionnaire	3	3	0
Biopsie bronchique	1	1	0
Biopsie cutanée	1	1	0
Biopsie post-mortem	1	1	0

4.7.3. Nature histologique:

Le syndrome de PANCOAST ET TOBIAS par cancer de l'Apex nous a semblé être essentiellement dû à la forme épidermoïde du carcinome bronchique.(Tableau XVIII).

- Ce carcinome épidermoïde a été retrouvé 12 fois chez nos patients (48%).

- 3 fois la nature histologique n'a pas été déterminée (12%).

.../...

- Nous avons retrouvé 2 cas de cancers secondaires : 8 %

- . 1 cas secondaire à un lymphosarcome.
- . 1 cas secondaire à un hématocholangiome.

- Nous avons retrouvé aussi :

- . un épithélioma à petite cellule.
- . un épithélioma glandulaire.
- . 2 carcinomes peu différenciés.

- BENKHELLIL sur 8 cas a retrouvé :

- . 4 carcinomes épidermoïdes.
- . 1 carcinome anaplasique.
- . 1 épithélioma polymorphe.
- . 2 cas n'ont pas été déterminés.

- LAVAL : 13 cas ont été confirmés histologiquement sur 38 patients. Il a retrouvé :

- . 7 carcinomes épidermoïdes.
- . 2 carcinomes anaplasiques
- . 2 épithéliomas cylindriques.
- . 2 pleuromes à structures complexes.

Il faut rappeler que 4 de nos malades le diagnostic histologique n'a pas été confirmé.

.../...

TABLEAU XVIII

NATURE HISTOLOGIQUE DE LA TUMEUR.

N A T U R E	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
épithélioma épidermoïde	12	48 %
épithélioma à petite cellule	1	4 %
épithélioma glanduliforme	1	4 %
carcinome peu différencié	2	8 %
Secondaire à 1 lymphosarcome	1	4 %
Secondaire à 1 hépatocholan- giome.....	1	4 %
Cancer de nature indéterminée	3	12 %

1.8. - CONCLUSIONS :

Au décours de cette analyse de 25 cas de syndrome de PANCOAST ET TOBIAS par cancer de l'Apex, plusieurs remarques peuvent être avancées.

Ce syndrome de PANCOAST ET TOBIAS complet associé donc une tumeur de l'Apex, une lyse osseuse costale le plus souvent, un signe de CLAUDE BERNARD HORNER et des cervico-brachialgies.

Ce syndrome de PANCOAST ET TORIAS apparait généralement chez un homme âgé de 50 à 70 ans, fumeur depuis au moins de 20 ans.

Le début est en général progressif et de découverte symptomatique . Le malade consulte le plus souvent pour des signes d'appel à type d'amaigrissement, d'altération de l'état général, d'une expectoration ou d'une toux.

Ces signes banaux pour un fumeur de longue date entraînent un examen approfondi du malade.

Parfois d'autres signes plus proches du diagnostic amènent le patient à consulter :

Il s'agit d'une douleur cervicale ou cervico-brachiale, d'une dyspnée, ou de la constatation d'un signe physique tel que la cyanose, une adénopathie, un hippocratisme digital, un signe de CLAUDE BERNARD HORNER, ou de signe de compression veineuse.

A ces signes physiques s'associent des signes radiologiques : Localisation apicale de la tumeur avec lyse costale en général, et ganglions médiastinaux.

La constatation même du syndrome de PANCOAST ET TORIAS au complet associant une tumeur de l'Apex, une lyse costale, un syndrome de CLAUDE BERNARD HORNER, des

cervico-brachialgies dans le territoire C₈ D₁, atteste que déjà la tumeur si elle est maligne, est à un stade évolutif avancé.

Au début la lésion est strictement parenchymateuse, puis l'envahissement gagne le médiastin, les parties molles avec lésions radiologiques osseuses, vient ensuite l'extension aux côtes et aux vertèbres; puis le syndrome de CLAUDE BERNARD HORNER signant l'atteinte sympathique para-vertébral, enfin les métastases régionales et à distance.

Dans nos dossiers, nous avons constaté :

- 12 cas de signes de CLAUDE BERNARD HORNER.
- 16 atteintes des ganglions médiastinaux.
- 4 métastases à distance(os, cutanée, ganglions inguinaux.)

Donc pour la plupart de nos malades, l'échéance était presque à terme.

1.9. TRAITEMENT:

De nos 25 patients, 2 ont bénéficié d'un acte chirurgical.

Aucun n'a eu de traitement physiothérapique et 23 ont eu un traitement palliatif (chimiothérapie).

.../...

1.9.1.- CHIMIOOTHERAPIE .

A fait appel essentiellement à 3 anti-mitotiques et à la corticothérapie. (Tableau XIX)

Parmi les anti-mitotiques seuls l'Endoxan, le Méthotrêxate, et le Velbe ont été utilisés. Le Cortancyl a été utilisé chez 7 malades, le Méthotrêxate utilisé 16 fois de même que l'Endoxan, par contre le Velbe n'a été utilisé que 3 fois.

TABLEAU XIX

CHIMIOOTHERAPIE

N A T U R E	N O M B R E D E F O I S U T I L I S E
Endoxan	16
Méthotrêxate	16
Velbe	3
Cortancyl	7

Ces drogues furent associées entre elles :

- 7 fois on a associé Cortancyl-Endoxan-Méthotrêxate.

.../...

- 3 fois association de Velbe-Endoxan-Méthotrêxate.

- 6 fois association Endoxan-Méthotrêxate.

Cette thérapeutique anti-mitotique n'a pas donné de résultat patent .

La durée du traitement, comme nous l'avons dit au début, recouvre la durée d'hospitalisation.

Certains malades sont sortis avec une ordonnance ou une lettre les adressants à l'hôpital de leur résidence, nous n'avons aucune certitude que le traitement a été poursuivi.

4.9.2. La Physiothérapie :

Aucun malade n'a pu en bénéficier pour des raisons indépendantes de notre volonté.

4.9.3. - La chirurgie :

Seuls 2 malades ont bénéficié de cette thérapeutique.

On a pratiqué une lobectomie chez un malade, cependant ce dernier était décédé 10 jours après l'intervention. Quant au 2ème malade, il a été perdu de vue au service de chirurgie.

4.9.4. - Résultats :

Au total : 4 malades sont décédés à l'hôpital

dont 1 en chirurgie.

21 malades ont été perdus de vue.

Le tableau de l'hospitalisation (Tableau XXII) permet d'avoir une idée très grossière sur la durée de survie.

Seul 4 patients ont survécu plus de 4 mois, dont 2 plus de 6 mois.

TABLEAU XX

NATURE DU TRAITEMENT

NATURE	NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
Chirurgie	2	8 %
Physiothérapie	0	0
Chimiothérapie	23	92 %

4.9.5.- Indications Thérapeutiques idéales :

Dans l'état actuel de nos connaissances trois types de traitement luttent contre le carcinomes bronchiques en général :

- chirurgie
- l'irradiation par des agents physiques.

- traitement médical.

4.9.5.1 - Chirurgie :

Si le cancer de l'Apex ne s'accompagne pas de syndrome de PANCOAST ET TOBIAS, on peut utiliser la lobectomie. Cependant la localisation de ces cancers de l'Apex, fait que ces derniers sont en contact de certains éléments anatomiques :

- Eléments osseux : corps vertébraux et arcs postérieurs des deux premières côtes.

- Eléments nerveux : .branche inférieure du plexus brachial en particulier D_1 , qui monte en avant du col de la première côte et s'anastomose à la huitième racine cervicale.

. Ganglion stellaire

- Eléments vasculaires : veine vertébrale et les vaisseaux sous clavier plus en avant.

- Eléments lymphatiques : nombreux, enfouis dans le tissu cellulo-graisseux.

L'étroitesse de cette région anatomique, la juxtaposition des divers éléments qui s'y trouvent laissent prévoir une chirurgie difficile.

.../...

On a pu proposer des interventions palliatives avec ablation du lobe supérieur, des côtes envahies, de la paroi et même du plexus brachial (HARDOCK ET MAC CALLUM en 1956 - DOUTAS en 1957).

La tumeur résiduelle dans ces cas est traitée par les agents physiques (NEGRE - THEVENET - LONGEFAIT). La survie en est toujours courte mais nombre de patients sont remarquablement soulagés. D'autres auteurs préfèrent à cette chirurgie directe du syndrome de PANCOAST ET TOBIAS leur opposer les techniques de la chirurgie de la douleur:

- Radiculotomie
- Myelotomie.
- Lobotomie.

NEGRE ET THEVENET ont rapporté 2 observations d'excèse en bloc paroi poumon, en cas de tumeur apicale avec survie prolongée.

LAVAL dans sa série : 1 cas opérés :

- 2 cas sans lésion osseuse.
- 1 cas remaniement osseux limité
- 1 cas de syndrome de PANCOAST ET TOBIAS complet.

Cette chirurgie du cancer de l'Apex obéit aux mêmes lois que la chirurgie cancéreuse : (contre indi-

cations liées à l'histologie, à l'extension, aux tares, et d'ordres fonctionnels.)

Ces interventions sur le syndrome de PANCOAST ET TOBIAS sont difficiles, cependant l'avenir dépend de la précocité de l'acte chirurgical.

4.9.5.2.- La radiothérapie :

La radiothérapie des carcinomes bronchiques est depuis longtemps l'objet de contre verse.

Un très grand progrès est né de l'emploi des hautes énergies, qui permettent plus souvent que la radiothérapie conventionnelle d'atteindre la dose curative.

Tous les auteurs sont à peu près d'accord pour considérer que 5000 rads par tumeur, constituent le minimum à partir duquel on peut parler de radiothérapie curative.

On a utilisé ainsi :

- La radiothérapie trans-cutanée conventionnelle.
- La radiothérapie trans-cutanée à haute énergie (télécobaltothérapie, bétatronthérapie.)
- Radiothérapie interstitielle (JOLIOTHERAPIE).

Cette radiothérapie, comme la chirurgie obeit

.../...

à certaines contre indications (métastases viscérales, déficience de l'état général.)

En 1957 HAAS - HARVEY - MELCHOR ont publié les résultats obtenus dans le traitement des tumeurs pulmonaires de l'Apex par radiothérapie conventionnelle et par la bétatronthérapie de 22,5 mev. Ils concluaient en soulignant les progrès que représente la bétatronthérapie sur les syndromes algiques et sur les lésions osseuses avec importance de l'allongement de la survie.

LAVAL et collaborateurs : 26 cas sur 38 ont bénéficié de la radiothérapie :

- 19 ont eu une radiothérapie conventionnelle
- 5 60 Co.
- 2 cas après intervention.

Ils ont obtenu, à côté de l'action antalgique extrêmement précieuse, dans un certain nombre de cas un allongement appréciable de la survie.

4.9.5.3.-La chimiothérapie :

Il existe une liste sans cesse croissante de drogue. Ce pendant les résultats sont toujours décevants.

Cette liste s'accroît de mois en mois et ce

.../...

traitement est probablement la thérapeutique d'avenir de ces tumeurs.

Ces anti-mitotiques sont regroupés en famille. On distingue :

4.9.5.3.1.- les agents alkylants: Ils agissent en dénaturant les nucléoprotéines du noyau cellulaire.

Parmi lesquels l'Endoxan (cyclophosphamide) est le plus important.

4.9.5.3.2 - Les anti-métaboliques : d'action plus lente, ils prennent la place des acides aminés au cours de la synthèse des nucléoprotéines. Le plus important de ce groupe est le méthotrexate.

4.9.5.3.3. - Les substances d'origine végétale:

Le plus important est représenté par la vincaléucoblastine (Velbe) isolée de la pervenche.

La chimiothérapie apporte dans certains cas une amélioration satisfaisante.

Cependant en contre partie ses effets secondaires limitent les indications et rendent l'utilisation difficile. Une surveillance médicale stricte est préconisée au cours de son administration.

La chimiothérapie classique utilise 1 ou 2 pro-

duits.

La polychimiothérapie préconisée par ISRAEL, dans le traitement des néoplasies pulmonaires, consiste en l'administration de plusieurs produits d'une façon simultanée et continue. Le traitement doit être poursuivi aussi longtemps que le permet la formule numération sanguine. Une leucopénie à 2000 interrompt le traitement .

4.9.5.4.- Traitement symptomatique :

Il faut lutter contre les symptômes de l'affection et de maintenir un état physique satisfaisant pour le malade.

C'est dans ce but qu'on a utilisé la Corticothérapie, la médication anti-inflammatoire et les traitements antalgiques.

4.9.5.5.- Association :

Parfois certaines associations peuvent être bénéfiques :

- Radiothérapie pré-opératoire : pour "stériliser" les lésions, de rendre opérable les malades préalablement inopérables.

- Radiothérapie post opératoire : "stérilise" les lésions laissées en place.

.../...

- chirurgie chimiothérapie : un traitement polychimiothérapique avant la chirurgie et suivit d'un traitement d'entretien d'une durée indéfinie et à dose faible serait souhaitable.

Ce traitement aura pour but d'inhiber la dissémination opératoire des cellules cancéreuses et "stériliser" les petites métastases déjà existantes, quiescentes et qui se révèlent 18 à 24 mois parés.

- Chimiothérapie et radiothérapie anti-mitotique : effet cumulatif.

Les résultats des différents traitements sont peu connus du fait de la rareté du syndrome de PANCOAST ET TOBIAS et du nombre de cas rapportés.

La survie semble assez importante pour LAVAL dans certains cas où la chirurgie et le bétatron furent associés.

1.9.5.6.- Iu_total:

Nous sommes convaincus qu'un diagnostic précoce une exérèse large associée à une radiothérapie par la haute énergie devraient permettre d'obtenir pour cette localisation les mêmes résultats que pour les autres atteintes bronchoparenchymateuses. (LAVAL)

Or il semble bien que dans l'état actuel des choses en dehors de la chirurgie, aucune autre thérapeutique ne donne des résultats favorables à distance, pas plus la cobaltothérapie, que les méthodes actuelles de la chimiothérapie. Dans les cas heureux, la disparition de la dyspnée, l'atténuation ou la disparition de la douleur, le relèvement de l'état général traduisent l'efficacité du moins temporaire de cette thérapeutique.

-oOo 5. C O M M E N T A I R E S -oOo-

5.1 - FREQUENCE:

Les tumeurs de l'Apex pulmonaire sont rares. En 1956 BALMES ET THEVENET rapportent moins de 200 cas, publiés dans le monde.

-LAVAL et Collaborateurs sur 1000 cancers bronchiques comptent 38 cas de localisations apicales.

-BARIETY sur 250 carcinomes bronchiques relève 3 cancers de l'Apex.

-BENKHELLIL sur 100 carcinomes bronchiques ne retrouve que 8 cas de cancer de l'Apex.

-Dans notre étude nous relevons 25 cas de cancer de l'Apex sur 107 cas de carcinomes bronchiques.

A ALGER, on remarque donc une fréquence et une augmentation relative du nombre de localisation apicale du carcinome bronchique.

Au cours de ces dernières décennies l'intérêt se porte sur les progrès apportés à la thérapeutique:

TABLEAU XXI

FREQUENCE COMPARATIVE DES CANCERS DE L'APEX.

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
BALMES ET THEVENET	200	
LAVAL	38	3,8 %
BARIETY	3	1,2 %
BENKHELLIL	8	8 %
NOTRE ETUDE	25	23,35%

5.2 FACTEURS PREDOMINANTS

LAVAL et Collaborateurs ont insisté sur l'importante prédominance masculine (36/38) : 94,7 %.

Le sexe, l'âge, les habitudes tabagiques et les antécédents pathologiques semblent être les facteurs prédominants à l'origine d'une néoplasie bronchique.

5.2.1.- LE SEXE

Sur notre étude de 25 cas : nous avons retrouvé
24 hommes et 1
femme.

LAVAL et Collaborateurs ont retrouvé : 36 hommes et 2 femmes.

BENKHELLIL : n'a retrouvé que des hommes
(8 sur 8).

5.2.2.- L'AGE :

La majeure partie de nos patients 15/25 ont entre
50 et 70 ans et 2 plus de 71 ans.

LAVAL : sur 38 malades : 24 ont entre 50 et 70 ans
9 ont entre 30 et 50 ans
5 ont entre 70 et 80 ans

BENKHELLIL : 5 sur 8 malades ont entre 50 et
et 70 ans .

5.2.3.- LES HABITUDES TABAGIQUES:

Nous avons retrouvés 19 fumeurs sur 25 dont :

- 11 fument plus de 20 cigarettes
par jour.
- 12 fumeurs sur 19 ont fumé 21 ans
au moins.

LAVAL a retrouvé 18 fumeurs dans sa série.

Donc, il s'avère que l'habitude tabagique
semble jouer un rôle favorisant.

5.2.4.- ANTECEDENTS PATHOLOGIQUES :

Nous avons relevé une tuberculose pulmonaire
et 2 bronchopneumopathies.

LAVAL quant à lui a relevé 3 cas de traumatismes
thoraciques mais il semble pas y avoir de rapport

.../...

de cause à effet.

5.3.- NATURE HISTOLOGIQUE:

Le carcinome épidermoïde domine la nature histologique des cancers de l'Apex. Dans notre étude, nous avons retrouvé 12 cas sur 25.

BENKHELLIL : retrouve 4 cas sur 8.

LAVAL : sur 13 cas confirmés histologiquement 7 étaient des carcinomes épidermoïdes. (Cependant il faut noter qu'il a retrouvé 12 carcinomes épidermoïdes sur 15 cancers de l'Apex opérés).

On remarque donc dans les 3 séries la prédominance du carcinome épidermoïde.

Cependant, nous avons pu relever 2 cas de cancer de l'Apex secondaires :

- l'un à 1 hépato-cholangiome
- l'autre à 1 lymphosarcome.

LAVAL sur 38 cas a relevé 4 cancers secondaires.

5.4. - MOYENS DIAGNOSTIQUES :

Le diagnostic positif de ces tumeurs est difficile, très souvent tardif et LAVAL insiste sur la grande latence de ces localisations apicales et les difficultés diagnostiques inhérentes au siège distal de la tumeur.

.../....

5.4.1 - LA BRONCHOSCOPIE :

Comme l'a signalé LAVAL, elle est de nouveau de secours pour l'approche du diagnostic. Pratiquée 12 fois dans notre série elle a révélé :

- 6 compressions extrinsèques.
- 1 sténose de la bronche lobaire supérieure gauche.
- 3 images particulières :
 - oedème important.
 - bourgeon muriforme.
 - aspect en RAIL.
- 2 fois, l'aspect était normal.

5.4.2.- LES AUTRES EXAMENS :

5.4.2.1 - La biopsie bronchique :
a été pratiquée une seule fois dans notre série.

5.4.2.2.- La ponction biopsie trans-pariétale à l'aiguille :

semble être la méthode la plus utile pour arriver au diagnostic dans cette localisation du cancer.

Faite à 12 reprises dans notre série, elle a été toujours positive.

.../...

LAVAL l'a pratiquée 6 fois dans sa série avec 4 résultats satisfaisants .

BENKHELLIL a eu 4 résultats positifs sur 5.

Il apparait donc que la ponction biopsie transpariétale est la méthode de choix pour porter le diagnostic.

5.4.2.3.- L'aspiration bronchique :

Faite à 11 reprises, elle n'a été concluante que dans un seul cas.

5.4.2.4.- La ponction pleurale::

N'est faite que dans la mesure où il y a association avec une pleurésie. Dans notre série 2 cas furent positifs à la suite de la ponction pleurale.

5.4.2.5. - La biopsie ganglionnaire :

Quand elle est possible, pose presque toujours le diagnostic.

Dans notre série 3 biopsiesganglionnaires ont été faites avec 3 résultats positifs (100 %).

5.4.3. - AU TOTAL :

En fait dans la majorité des cas le diagnostic est radioclinique comme le signale BARIETY :

l'existence de douleurs associées à un syndrome radiculaire, une atteinte osseuse même minime, existant conjointement à une opacité pulmonaire de l'Apex signent de façon formelle la nature néoplasique de l'affection en cause et, c'est la méconnaissance de cette triade symptomatique qui est responsable de la fréquence de tant de diagnostics tardifs.

5.5. - MOMENT DU DIAGNOSTIC :

La date du diagnostic est une donnée très importante, car tous nos malades ont vu le diagnostic de leur affection établie à l'hôpital.

La durée d'hospitalisation du malade (Tableau XXII) a son importance car elle permet d'établir avec précision la durée effective de son traitement d'une part et d'autre part elle représente la durée de survie connue du malade.

Car une fois sorti, le malade est perdu de vue, et son devenir souvent ignoré.

Parmi nos malades la plupart (19/25 soit 76%) ont séjourné moins de 3 mois à l'hôpital et 4 (soit 16%) ont dépassé 4 mois.

Cependant il faut signaler qu'un patient était décédé au bout de 3 jours et qu'un autre est sorti vivant après 225 jours (7 mois et demi) d'hospitalisation.

2 malades ont été confiés aux hopitaux périphériques.

TABLEAU XXII
DUREE D'HOSPITALISATION

NOMBRE DE JOURS	NOMBRE DE MALADE	POURCENTAGE
0 à 30 jours	7	28 %
31 à 60 jours	8	32 %
61 à 90 jours	4	16 %
91 à 120 jours	0	0
121 à 180 jours	2	8 %
+ 180 jours	2	8 %

5.6. EVOLUTION:

La plupart de nos malades ont été perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital (Tableau XXIII) : 4 y sont décédés.

- 21 fois le malade a été perdu de vue.

Selon certains auteurs (HAAS, HARVEY, DELCHA) l'évolution se fait spontanément entre 18 et 24 mois et suivant certaines modalités évolutives .

.../....

TABLEAU XXIII

EVOLUTION

EVOLUTION	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
Décès à l'hôpital	4	16 %
Décès à domicile	0	0
Perdu de vue	21	84 %

-000-

C O N C L U S I O N S

-000-

Nous avons étudié rétrospectivement 25 cas de cancer de l'Apex pulmonaire sélectionnés à partir de 107 malades hospitalisés pour carcinome bronchique à la CLINIQUE PNEUMOPHTISIOLOGIQUE DE LA FACULTE DE MEDECINE D'ALGER et de la CLINIQUE PNEUMOPHTISIOLOGIQUE B de la même Faculté de 1966 à 1973.

La première conclusion qui se dégage de cette étude, est que le cancer de l'Apex existe en ALGERIE et que son observation semble être de plus en plus fréquente.

Cette fréquence est liée peut être à ce que le diagnostic de carcinome bronchique n'est, en général, pas fait précocément.

Du point de vue clinique, leur symptomatologie se confond en grande partie avec celle du syndrome de PANCOAST ET TOBIAS, qui associe une tumeur de l'Apex, un signe de CLAUDE BERNARD HORNER, des cervicobrachialgies et souvent d'une lyse costale.

Ce syndrome de PANCOAST ET TOBIAS apparait généralement chez l'homme de plus de 40 ans, de préférence après 50 ans (80 %), fumeur.

Le début est en général progressif et de découverte symptomatique. Le malade consulte pour des signes d'appel.

L'amaigrissement, l'asthénie, l'anoréxie, l'altération de l'état général sont quasi constants.

Les signes Broncho-pulmonaires sont fréquemment retrouvés dans la plupart des cas.

La toux est banale, productive, et, l'expectoration est parfois hémoptoïque, mais elle peut être purulente ou muqueuse. La douleur est cervicale mais aussi cervicobrachiale.

A ces signes banaux, s'associent des signes spécifiques qui font suspecter le diagnostic : Le signe de CLAUDE BERNARD HORNER est le plus constant avec la douleur cervicobrachiale; puis viennent ensuite les signes de compressions veineuses (gros bras - oedème en pèlerine), beaucoup plus tardifs et inconstants.

A ce stade, l'examen physique permet de retrouver des adénopathies cervicales et sus claviculaire avec quelques fois, une masse du creux sus claviculaire, signant l'extension pariétale.

../..

Radiologiquement nous retenons l'aspect d'une tumeur apicale avec lyse costale, le plus souvent des 3 premières côtes, et ganglions médiastinaux.

La biologie permet d'éliminer la tuberculose pulmonaire.

Le diagnostic a été porté surtout par ponction trans-pariétale à l'aiguille.

L'examen histologique a montré le rôle prépondérant du carcinome épidermoïde dans la nature des cancers de l'Apex.

Sur le plan thérapeutique, la chimiothérapie a été l'unique traitement palliatif que nous avons proposé sans résultat patent à nos malades.

Nous avons enregistré 4 décès à l'hôpital, et 21 malades ont été perdus de vue.

En conclusion le cancer de l'Apex demeure une affection relativement fréquente, dont le pronostic demeure toujours mauvais car le traitement est délicat et décourageant. L'évolution est à la fois lente, douloureuse, inexorable.

-o0o- B I B L I O G R A P H I E -o0o-

- 1°) - A. BALMES, A. THEVENET :
Le syndrome de PANCOAST ET TOBIAS . Montpellier
Med. Sept. Oct. 1956, 99, n° 2, 212-223.
- 2°) - A. BALMES, A. THEVENET :
Cancers de l'Apex pulmonaire. Marseille Med. 1958
n° 1 - 102-105.
- 3°) - M. BARIETY, R. RULLIERE, ET J. RUFFINO.
Les cancers de l'Apex pulmonaire. Gaz. Hôp.(PARIS)
10 Juin 1965, 137, N° 16, 759-764.
- 4°) - M. BARIETY, J. DELARUE, J. PALLAS, R. RULLIERE.
Les carcinomes bronchiques primitifs. 1967 -
Vol. Masson et Cie Edit.
- 5°) - BENKHELLIL
Thèse ALGER 1968 .
- 6°) - CHARDACK, W.M., et Mac CALLUM J.D.
Syndrome de PANCOAST dû à un cancer bronchogénique.
Ablation chirurgicale réussie et irradiation post-
opératoire - J. Thor. Surg. Iv. 1953, 25, n° 4,
402-412, 7 fig.
- 7°) - W.M. CHARDACK, et J.D. Mac CALLUM.
Tumeur de PANCOAST. J. Thor. Surg. Mai 1956, 31
n° 5, 535-542.
- 8°) - P. CHAULET, G. BARCELO, P. LEVI-VALENSI, M. DRIF
(1964). Cancer apical avec syndrome dysacromélie
gynécomastie.
J.Franc. Med. Chir. Thor. XVIII, 2, 195.

.../....

9°) - N.S. DONTAS.

Le syndrome de PANCOAST.

Brit. J. Tuberc., Juillet 1957, 51, n° 3, 246-250
5 fig.

10°) - M. DRION (1962)

Le syndrome de PANCOAST ET TOBIAS.

Thèse Nancy.

11°) - N. HADDAD, A. ZAÏMI. (1970)

Les tumeurs pariétales pulmonaires et le syndrome
de PANCOAST ET TOBIAS.

VI° Journées médicales Maghrébines 2.3.4. Mai
TUNIS.

12°) - P.A. HERBUT, J.G. WATSON (1946)

Tumeurs de l'entrée thoracique produisant le
syndrome de PANCOAST.

Rapport de 17 cas et revue de la littérature.
Arch. patho. (Chicago) 42-88 .

13°) - P. LAMY, B. ANTHOINE, G. ANTHOINE, P. VINIAKER,
P. CERVONI, ET M. DRION.

Le syndrome de PANCOAST ET TOBIAS (1963).

Soc. Med. Nancy. 27 Mars + Revue Médicale Hôpi-
taux Nancy.

14°) - D. LAREBOUI, P. CHAULET, CH. ZIDANE, T. BOUZEKINE,
J. KROUN (1966)

La ponction biopsie pulmonaire transpariétale à
l'aiguille : intérêt et limites.

ALGER Med. et Chir. 3.

- 15°) - D. LARBAOUI, P. CHAULET, C. BOUCEKKINE, H. AIT MESBAH (1972).

La ponction biopsie pulmonaire trans-pariétale à l'aiguille fine. A propos de 100 cas.

II° Congrès Médical Maghrébin 2.3. et 4 Mai.

- 16°) - P. LAVAL, H. PAYAN, H. BOUNNEAU, R. CLEMENT, R. AMALRIS, Cl. LAURENT.

Cancer de l'Apex pulmonaire .

J. Franç. Med. Chir. Thor. Fév-Mars 1963.

17, n° 2, 231-238.

- 17°) - A. LAZIB, R. AMALOU, D. LARBAOUI.

Le cancer de l'Apex pulmonaire. A propos de 25 cas observés à ALGER.

IV° Congrès Médical Maghrébin. RABAT 13-16 Mai 1974 .

- 18°) - H.K. PANCOAST .

Importance of careful roentgen ray investigation of apical chest tumors.

J. Amer. Med. ass. 1924, 83, 1407.

- 19°) - H. PANCOAST 1932.

Tumeurs du sulcus pulmonaire supérieur, caractérisées par des douleurs, un syndrome de HORNER, des destructions osseuses, et une atrophie des muscles de la main.

Am. J.of. Méd. Assoc. 99. 1391.

20°) - L.A. TEYSSIER.

Etude de certains cancers pulmonaires apicaux et
des tumeurs malignes péri-apicales .

Thèse PARIS 1942. n° 193, 143 pp.

21°) - J.M. TORRES.

Síndrome apico-costo-vertebral doloroso por tumor
apexiant. Su valor diagnóstico en el cancer
primitivo pulmonar.

Rev. Med. Lat.amer., 1932, 17; 1522-1556.

